

# Gerechte Leistungsbeschränkungen? Ethische Überlegungen zur Kosten-Nutzen-Bewertung in der Medizin

Markus Zimmermann-Acklin<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departement für Moralthologie und Ethik, Theologische Fakultät der Universität Fribourg

## Ausgangslage

Leistungsbeschränkungen sind in jedem Gesundheitssystem unumgänglich, weil die zur Verfügung stehenden Ressourcen begrenzt bzw. knapp sind: «Scarcity is the mother of allocation» [1]. Nutzenbewertungen von medizinischen Leistungen können dazu beitragen, die vorhandenen Mittel möglichst effizient einzusetzen. Angesichts dessen, dass mit der Gesundheit ein grundlegendes menschliches Gut auf dem Spiel steht, ist es zunächst auch aus ethischer Sicht abzulehnen, Ressourcen ineffizient einzusetzen oder zu verschwenden, weil sie sonst an anderen Stellen umso mehr fehlen. Nutzenbewertungen sind überdies dazu geeignet, Intransparenzen in der Verteilung von Ressourcen sowie Situationen der Über- und Unterversorgung sichtbar zu machen.

Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit von medizinischen Massnahmen ist heute bereits als eines der WZW-Kriterien im Krankenversicherungsgesetz verankert und gesellschaftlich akzeptiert. Allerdings hat dessen Anwendung aufgrund der steten Erhöhung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel bislang kaum zu markanten Einschränkungen geführt. Zudem wurde das Kriterium ausschliesslich im Sinne eines Vergleichs zweier Behandlungsmöglichkeiten für dasselbe Symptom eingesetzt, also nicht zwecks Vergleich unterschiedlicher medizinischer Interventionen. Der Myozyme-Entscheid des Bundesgerichts [2] und die Bemühungen zur Etablierung einer HTA-Institution in der Schweiz durch «Swiss-HTA» und das «Swiss Medical Board» sind klare Indikatoren dafür, dass das Wirtschaftlichkeitskriterium als Grundlage einer Priorisierung und Beschränkung medizinischer Leistungen in Zukunft wichtiger werden wird.

Mit Leistungsbeschränkungen werden implizite oder explizite Mechanismen beschrieben, die dazu führen, dass Patientinnen und Patienten potentiell nützliche Behandlungen nicht erhalten. Die Rede von einer *Beschränkung* ist nur sinnvoll, wenn damit das Nicht-zur-Verfügung-Stehen möglicherweise nützlicher Interventionen beschrieben wird, also das, was Morbus-Pompe-Patienten infolge des Myozyme-Entscheids erlebt haben. Grundsätzlich gehe ich davon aus, dass es angesichts der immensen Fortschritte in der medizinischen Forschung ein System ohne Beschränkungen

nicht geben kann, darum können diese Beschränkungen aus ethischer Sicht gerecht(er) oder ungerecht(er) sein. Entscheidungen zugunsten der Finanzierung einer Massnahme beinhalten implizit eine Entscheidung darüber, welche anderen Massnahmen stattdessen unterlassen werden (Problem der Opportunitätskosten). Vorgegeben ist, dass wir uns stets in einem System der Zuteilung befinden, in dem entschieden wird und werden muss, *welchen* Nutzen wir hervorbringen möchten und welchen *nicht*. Momentan wird das massgeblich im Einzelfall am Krankenbett durch das Behandlungsteam entschieden, daneben durch Allokationsentscheidungen von Krankenhausleitungen und in der Gesundheitspolitik.

## Darf die Kosteneffektivität berücksichtigt werden?

Die zentrale Frage einer Ethik der Kosten-Nutzen-Bewertung lautet: Darf bei Zugangsbeschränkungen zu Ressourcen der Gesundheitsversorgung gewichtet werden, wie viel eine Massnahme in Relation zu dem von ihr hervorgebrachten Nutzen kostet [3]? Damit wird das Problem aufgeworfen, ob sich eine *Akteur-indifferente Maximierungsstrategie* mit der Forderung nach der *Gleichbehandlung* aller Menschen vereinbaren lässt. Da es sich bei der Kosteneffektivität um überindividuelle Berechnungen handelt, die mit dem Ziel angestellt werden, Gesundheitszustände in der Gesellschaft zu optimieren, nicht aber, um konkrete Patientinnen und Patienten zu behandeln, sind mit der Idee der Nutzenmaximierung in der Tat die Rechte einzelner Patienten auf eine ihnen individuell zustehende Behandlung gefährdet. Die grosse Attraktivität, welche die Messeinheit QALY, also die Angabe für qualitätsbereinigte Lebensjahre, auszeichnet, besteht darin, dass sich auf ihrer Basis der Nutzen unterschiedlichster Massnahmen miteinander vergleichen lässt, beispielsweise derjenige einer Herzoperation bei einem Neugeborenen mit einer Rehabilitationsmassnahme bei einem Schlaganfallpatienten in hohem Alter oder der Verabreichung von Myozyme bei Patienten mit Morbus Pompe.

Die oben erwähnte zentrale Frage wird in der Ethik unterschiedlich beantwortet. Das liegt zunächst an der

Einschätzung, inwieweit ökonomische Aspekte ethisch überhaupt berücksichtigt werden sollten. Ethik und Ökonomik sind seit der Neuzeit Konkurrentinnen, in den Rationierungsdebatten ringen sie gleichsam um den Primat. Dabei besteht das Ziel der Ethik wie der Ökonomik in einer möglichst gerechten Verteilung der Ressourcen. Die Werte-Ökonomik knüpft dazu methodisch an die Nutzenoptimierung, die Ethik in unserer Tradition an die Anerkennung von Rechten und Pflichten an. Inwieweit aus Sicht der Ethik die Verständigung zwischen beiden Disziplinen gesucht wird, ist bereits an der gewählten Ethiktheorie zu erkennen: Während egalitaristische, auf Gleichbehandlung aller beruhende, kantianisch geprägte Ansätze damit eher Mühe bekunden, steht das Nutzenkalkül in den utilitaristischen Ethiken im Mittelpunkt der Überlegungen.

Ein erfahrungsnaher Ethikzugang, wie er beispielsweise im schwedischen Priorisierungszentrum Linköping entworfen wurde, bezieht sowohl egalitaristische als auch Nutzenüberlegungen in unterschiedlicher Gewichtung ein: Hier gilt das Prinzip der Kosteneffektivität nach dem Menschenwürdeprinzip und neben dem Bedürfnis-, Solidaritäts- und Verantwortungsprinzip als eines von fünf ethischen Kriterien bei Priorisierungsentscheidungen ([4], S. 152). Intuitiv scheint zuzutreffen: Es kann gerecht sein, bei der Zuteilung knapper Ressourcen Unterschiede zwischen Menschen zuzulassen, die auf Nutzenüberlegungen beruhen. Unter der Bedingung von Ressourcenknappheit, stetig zunehmender medizinischer Behandlungsmöglichkeiten und der damit verbundenen Bedürftigkeiten ist es nicht irrelevant, ob ein Patient aufgrund der regelmässigen Verabreichung eines sehr teuren Enzyms oder eines Blutgerinnungsfaktors schlicht überlebt oder ob bei einem terminalen Patienten eine vergleichbar teure Therapie eingesetzt wird, um dessen Lebenserwartung lediglich um einige Tage zu verlängern.

Leonard Fleck versucht, auch die Kantianer ins Boot der Realisten zu holen: Er zeigt auf, dass die Gleichbehandlung aller und die Berücksichtigung von Grundrechten erst dann möglich ist, wenn an die Stelle der heute bestehenden *ungeregelten* Leistungsbeschränkungen am Krankenbett Formen *geregelter* Leistungsbeschränkungen treten. Erst solche Regelungen gewährleisten nämlich die notwendige Transparenz, die eine Bedingung für die Gleichbehandlung aller darstellt: «What Kant's point will pertain to [...] is the practice of invisible rationing. [...] That practice does violate the moral rights of individuals because it involves treating them as mere things to be used for achieving someone else's cost-containing purposes.» ([5], S. 77) In einer Welt, in der die Ressourcen angesichts bestehender Wünsche und Bedürfnisse knapp sind, seien auch Nutzenüberlegungen anzustellen, die dann für alle gleichermassen angewendet werden müssten. Mit dem Hinweis auf Gleichbehandlung aller wird angedeutet, dass Kosten-Nutzen-Überlegungen insbesondere bei Entscheidungen auf der Meso- und Makro-

ebene berücksichtigt werden sollten, so dass am Krankenbett für alle Patienten dieselben Ausgangsbedingungen bestehen.

Eine *alleinige* Orientierung an der Kosteneffektivität ist allerdings aus ethischer Sicht unvertretbar. Die auf der Basis des Menschenwürdeprinzips beruhende Forderung der Gleichbehandlung aller bleibt eine regulative Idee, die in der Praxis alltäglichen Handelns leitend sein sollte, die aber praktisch nie erreicht werden kann. Dazu kommen Phänomene wie die sogenannte «Rule of rescue», also die bevorzugte Behandlung von besonders gefährdetem Leben, die auch unter Inkaufnahme sehr fraglicher Kosteneffektivität noch gilt und die ethisch auf dem Bedürfnis- und Solidaritätsprinzip basiert. Das britische NICE hat für solche Situationen an seinen Kosten-Nutzen-Berechnungen nachträgliche Korrekturen angebracht, insofern es die monetären Schwellenwerte für einen QALY bei Menschen am Lebensende und für Patienten mit seltenen Krankheiten markant erhöht hat ([6], S. 2).

### Probleme, die mit der Berücksichtigung von Kosteneffektivität verbunden sind

Werden Kosten-Nutzen-Überlegungen in ein ethisches Kalkül aufgenommen, sind einige Folgeprobleme zu lösen. Diese betreffen zunächst das Verhältnis der Nutzenüberlegungen zu den Grundrechten, darüber hinaus aber auch Fragen der Kosteneffektivitätsberechnungen selbst. Die Idee, qualitätsbereinigte Lebensjahre in Geldeinheiten auszudrücken, hat mit einer Reihe von Schwierigkeiten umzugehen: Das zeigt bereits das «Q» für «Qualität» an, das individuell sehr unterschiedlich beurteilt werden mag. Mögliche Nebenwirkungen der Behandlung eines Prostatakarzinoms wie Inkontinenz oder Impotenz beispielsweise dürften nicht von allen betroffenen Männern gleichermassen eingeschätzt werden.

Die QALYs sind zudem blind für die Frage, wie schwer ein Mensch von einer bestimmten Einschränkung betroffen ist: Rein rechnerisch besteht zwischen der Steigerung der Lebensqualität durch eine medizinische Massnahme von 0,1 auf 0,2 dieselbe Differenz wie bei einer Steigerung von 0,8 auf 0,9. Ethisch gesehen sind wir jedoch weitaus stärker verpflichtet, einem sehr schwer kranken als einem nur leicht erkrankten Menschen zu helfen, was im Vulnerabilitäts- und Solidaritätsprinzip zum Ausdruck kommt. Inhärent werden zudem ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen oder auch Patienten mit seltenen Erkrankungen benachteiligt. Letztere deshalb, weil entsprechende Medikamente in der Regel sehr teuer sind und damit automatisch auch die Kosten per QALY in die Höhe schnellen.

Eine ungelöste Frage besteht ferner in der Bestimmung von Kriterien für die sinnvolle Festlegung von Schwellenwerten, die angeben, wie viel ein QALY kosten darf,

um sozial finanziert zu werden. Das «Swiss Medical Board» geht in einem Bericht von 2009 beispielsweise pragmatisch und ohne weitere Begründung von einer bestimmten Bandbreite aus, die aufgrund eines Vergleichs mit Werten in anderen Ländern zwischen CHF 50 000 und 100 000 pro qualitätsbereinigtes Lebensjahr liegen sollte ([7], S. 27).

### Partizipative Verfahren als Lösung?

Ungelöst ist zudem die Frage, in welchem Masse partizipative Verfahren einbezogen werden sollen, um Leistungsbeschränkungen, beispielsweise die angesprochenen Schwellenwerte, zu konkretisieren. Allein auf soziale Präferenzen oder eine empirische Ethik zu setzen, kann nicht überzeugen, da bei einem solchen Vorgehen Grundrechte angetastet und Minderheiten gefährdet werden können. Im Konsenspapier von SwissHTA wird das berücksichtigt, wenn eine «Ausrichtung an den Erwartungen (<sozialen Präferenzen>) der Versicherten innerhalb der Grenzen normativer Vorgaben im Sinne der Schweizer Rechtstradition» ([8], S. 2) gefordert wird. Zugrunde gelegt werden soll – ohne dass der Begriff ausdrücklich fällt – ein auf der Menschenwürde basierender Ansatz, explizit abgelehnt wird hingegen ein utilitaristischer Ansatz, um auf dieser Basis empirische Untersuchungen über tatsächlich vertretene Werthaltungen in der Bevölkerung durchzuführen.

### Fazit

Obgleich der Einsatz von Kosten-Nutzen-Berechnungen wie alle Maximierungsstrategien aus ethischer Sicht heikel ist, da er das Recht auf Gleichbehandlung in Frage stellen kann, ist er aus Gerechtigkeitsgründen sinnvoll, da in jedem System zwangsläufig implizite Entscheidungen über den gewünschten Nutzen getroffen werden. Die Berücksichtigung des Prinzips der Kosteneffektivität kann mehr Transparenz in ein System bringen und bietet somit einen zusätzlichen Bau-

stein, um Allokationsentscheidungen gerechter zu gestalten. Allerdings bedarf es bei dessen Einbezug weiterer ethischer Prinzipien sowie – auf Basis des Menschenwürdeprinzips – der Idee der Gleichbehandlung aller als regulative Idee. Probleme bei der Berechnung der Kosteneffektivität von Massnahmen bestehen bei der Bestimmung der Lebensqualität, aufgrund einer möglichen Benachteiligung älterer Menschen, von Patienten mit seltenen Erkrankungen wie Morbus Pompe oder auch von Menschen am Lebensende. Daneben bedarf die Bestimmung von Schwellenwerten einer politischen wie auch ethischen Legitimierung. Partizipative und demokratische Verfahren sind unabdingbar, dürfen jedoch nicht zu einer Gefährdung der Grundrechte führen.

---

#### Korrespondenz:

PD Dr. Markus Zimmermann-Acklin  
Departement für Moralthologie und Ethik  
Universität Fribourg  
Avenue de l'Europe 20  
CH-1700 Fribourg

E-Mail: markus.zimmermann[at]unifr.ch

---

#### Referenzen

1. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009;373:423–31.
2. BG 9C\_334/2010 vom 23.11.2010.
3. Zimmermann-Acklin M. Nutzenmaximierung – ein notwendiges, aber nicht hinreichendes Prinzip. Ethische Überlegungen zur Nutzenbewertung von Gesundheitsleistungen. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2011;92:1342–4. Ders. Deontologische und teleologische Begründungsfiguren am Beispiel von Nutzenbewertungen von Gesundheitsleistungen. In: Holderegger A, Wolbert W (Hg.). *Deontologie – Teleologie. Normtheoretische Grundlagen in der Diskussion*. Freiburg i.Br., Freiburg i.Ue.: Academic Press, Herder-Verlag; 2012. p. 269–87.
4. National Centre for Priority Setting in Health Care, Resolving Health Care's Difficult Choices. Survey of Priority Setting in Sweden and an Analysis of Principles and Guidelines on Priorities in Health Care, Linköping: PrioriteringsCentrum; 2008.
5. Fleck LM. *Just Caring. Health Care Rationing and Democratic Deliberation*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2009.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Appraising life-extending, end of life treatments*. London; 2009.
7. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Medical Board). Einsatz von Bevacizumab bei der Behandlung von metastasierendem Dickdarmkrebs. Bericht vom 30.4.2009.
8. Schlender M, Affolter C, Sandmeier H u.a. Schweizer HTA-Konsensus-Projekt: Eckpunkte für die Weiterentwicklung in der Schweiz. Manuskript. Basel u.a.; 2011.